Supp. 60,064/C

DE LA DIVISION CONGÉNIALE

N° 145.

DU

VOILE DU PALAIS,

ET DE

LA STAPHYLORAPHIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 mai 1835, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J. BICHEMIN, de la Basse-Terre

(Guadeloupe).

Ars medica tota in observationibus.
F. HOFFMANN, De med. rat.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1835.

348607

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, Suppléant.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, Président.
Médecine légale	ADELON, Examinateur.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL. / ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. / ..... / ROUX. / VELPEAU, Examinateur.
Clinique d'accouchemens	DUBOIS (Paul).

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle.	Hourmann, Suppléant.
Bérard (Auguste).	Jobert.
Blandin, Examinateur.	Laugier.
Boyer (Philippe).	Lesueur.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniard.	Piorry.
Broussais (Casimir).	Requin.
Cottereau.	Royer-Collard.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Guérard.	Sanson (Alphonse), Examinateur.
Hatin.	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE,

Ancien Chirurgien de première classe (breveté) des armées; ancien Maître en Chirurgie;

ET

DE MA MÈRE.

Regrets éternels ! ! !

A MADAME DUPUCH.

Vif témoignage de ma reconnaissance.

A MA SOEUR.

Gage de mon amitié sincère et de mon profond attachement.

J. BICHEMIN.

DE LA DIVISION CONGÉNIALE

DU

VOILE DU PALAIS,

ET DE

LA STAPHYLORAPHIE.

Anatomie. Le voile du palais, septum staphylin de *Chaussier*, est une cloison musculo-membraneuse, située à l'extrémité postérieure de la voûte du palais, à laquelle il tient par son extrémité supérieure, tandis que l'inférieure est libre et flottante, et présente dans le milieu un prolongement (la luette) plus ou moins long, et se terminant de chaque côté par les deux piliers du voile du palais. Ces deux piliers, placés l'un devant l'autre, sont réunis supérieurement, mais inférieurement ils sont séparés pour loger les tonsilles (glandes amygdales).

Le voile du palais est formé par une couche musculeuse qui comprend : 1° les deux péristaphylins externes, un de chaque côté, qui, fixés supérieurement à la fossette scaphoïdienne de l'apophyse ptérygoïde, d'une part, par une aponévrose, d'une autre part, à la partie antérieure du fibro-cartilage de la trompe d'*Eustachi*, et à la région voisine de la grande aile du sphénoïde, descendent le long de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, pour aller se perdre et se terminer dans le voile du palais. Ces deux petits muscles étendent le voile du palais. 2° Les deux péristaphylins internes, un de chaque côté, qui, fixés à la face inférieure du rocher et à la partie voisine du fibro-cartilage de la trompe d'*Eustachi*, vont se terminer dans la partie moyenne du voile du palais, qu'ils servent à élever, et qu'ils appliquent sur l'ouverture postérieure des fosses nasales. 3° Les deux pharyngo-staphylins, un de chaque côté, qui ont trois attaches, l'une au bord postérieur de la voûte palatine, et à l'aponévrose du péristaphylin externe; les deux autres au pilier postérieur du voile du palais; ils abaissent le voile du palais, lorsque les muscles palato-staphylins se contractent; les pharyngo-staphylins élèvent et raccourcissent le pharynx, et favorisent ainsi la déglutition. 4° Les muscles palato-staphylins forment quelquefois un seul faisceau; mais le plus souvent deux s'attachent supérieurement à l'épine gutturale et à l'aponévrose commune aux deux péristaphylins externes, et vont se terminer dans le sommet de la luette, qu'ils servent à élever. 5° Les muscles glosso-staphylins, un de chaque côté, qui sont communs à la langue et au voile du palais, s'attachent supérieurement entre le péristaphylin externe et le pharyngo-staphylin, descendent le long du pilier antérieur du voile du palais, au-devant des amygdales, et vont se perdre dans la base de la langue. Ils rapprochent le voile du palais de la base de la langue.

Tous ces petits muscles sont contenus et pour ainsi dire enveloppés dans une membrane qui se continue en avant avec la muqueuse qui tapisse la voûte palatine, et en arrière avec celle qui tapisse les fosses nasales, et forment ainsi deux feuillets muqueux, dont l'antérieur

est moins rouge, et contient une multitude de petites glandes muqueuses très-serrées, et dont les orifices échappent presque à la vue, tandis que le postérieur en contient un bien plus petit nombre.

Le voile du palais reçoit ses artères de la maxillaire interne, de la pharyngienne supérieure et de la labiale; ses veines vont se réunir à celles de la langue et du pharynx, pour s'ouvrir dans la jugulaire interne; ses nerfs lui viennent des rameaux palatins et du ganglion de *Meckel;* il reçoit aussi quelques filets du glosso-pharyngien.

Le voile du palais forme la paroi postérieure et supérieure de la cavité buccale, qu'il sépare du pharynx; il sert, en outre, à la déglutition, en concourant à former avec la base de la langue une sorte de gouttière, et en empêchant, lorsqu'il est abaissé, le passage du bol alimentaire dans les fosses nasales; il concourt aussi à la prononciation, dont il entretient la netteté en empêchant les sons de passer par les fosses nasales. Si l'on considère, en outre, le grand nombre de petits muscles qui concourent à former le voile du palais, on ne sera pas étonné de son extrême mobilité et de la variété de ses mouvemens.

En effet, dans l'état normal, suivant que les muscles s'allongent ou se contractent, ils produisent différens effets; ainsi, tantôt le voile du palais se trouve rapproché des fosses nasales, et alors plus de communications entre la bouche et les fosses nasales; ceci a lieu lors du premier temps de la déglutition, pendant l'action de parler, mais moins sensiblement. Dans le hoquet, la toux, le vomissement, l'air, chassé violemment, repousse le voile du palais devant lui, et l'applique avec force contre l'ouverture postérieure des fosses nasales : par ce moyen, les matières solides, liquides ou gazeuses ne peuvent pas y refluer.

Tantôt ce voile se trouve raccourci par la contraction spontanée des muscles pharyngo et palato-staphylins, et par l'action des péristaphylins externes, qui se tendent transversalement; alors le bol alimentaire, ne trouvant aucun obstacle, franchit l'isthme du gosier. Mais, à peine ce premier effet est-il produit, que la base de la langue se rapproche du voile du palais, qui lui-même s'est allongé : ce

double effet a eu lieu par la contraction des muscles glosso-staphylins.

Il était nécessaire de jeter un coup d'œil sur ces divers phénomènes, afin de faire ressortir le rôle important du voile du palais dans ces différentes actions.

Le voile du palais, ainsi que la voûte palatine, présente au commencement de la vie utérine, sur la ligne médiane, une division qui le sépare en deux parties égales, mais qui, dans les cas ordinaires, disparaît bientôt; pour qu'elle persiste, il faut qu'il survienne un arrêt de développement : aussi est-ce avec raison que ce défaut de conformation a été rangé dans la classe des vices par arrêt de développement.

Cette division constitue après la naissance une véritable difformité qui réclame plus tard les secours de l'art. Lorsqu'elle n'occupe que le voile du palais et la luette, elle offre une forme triangulaire, et il en résulte de la gêne dans la déglutition et dans la prononciation des sons; mais elle peut s'étendre à tout le voile du palais, les os palatins sont alors plus ou moins écartés : enfin elle peut coexister avec la division de la lèvre supérieure, et offrir la forme d'un Y ; il existe alors une vaste communication entre la bouche et les fosses nasales. Les inconvéniens sont dans ce cas beaucoup plus graves. La déglutition est extrêmement pénible : outre que l'enfant ne peut opérer la succion qu'avec beaucoup de peine, qu'on est obligé de presser le sein de la nourrice pour en faire sortir le lait, le liquide reflue en partie vers les fosses nasales. Plus tard, l'enfant ne peut parler qu'avec peine et très-indistinctement; il nasonne, et la prononciation des consonnes gutturales lui est tout à fait impossible.

Nous ne pouvons assigner d'autre cause à ce vice de conformation qu un arrêt de développement. Le tempérament, les climats, les saisons, l'hérédité, ne paraissent exercer aucune influence sur sa production. Ce serait peut-être ici le lieu de rappeler qu'une partie s'accroît quelquefois aux dépens d'une autre partie; mais ici je ne pense pas que cette remarque ait été faite. Je ne parlerai point non plus des

différentes causes que l'on attribue à l'imagination d'une mère, et qui produisent telle ou telle difformité. Je pense que le rapprochement doit être difficile à faire dans le cas qui nous occupe, même pour des personnes beaucoup plus exercées que moi dans ce genre de recherches.

Personne, jusqu'à ces derniers temps, ne s'était occupé de remédier à ce vice par une opération chirurgicale : l'idée en est venue à M. *Græfe* de Berlin, qui le premier a pratiqué la staphyloraphie, ou suture du voile du palais, en 1816; mais l'opération n'ayant pas réussi, il l'a abandonnée. Jusqu'à lui, les hommes de l'art ne connaissaient d'autres moyens pour combattre cette difformité que l'emploi d'obturateurs de formes et de matières diverses, qui, quelque bien faits qu'ils fussent, finissaient par gêner le malade sans bien remplir leur but, et le forçaient tôt ou tard à y renoncer. Le mérite de l'invention de la staphyloraphie appartient de droit à M. *Roux*, qui, dans ces derniers temps, a pratiqué cette opération plusieurs fois avec succès. C'est lui qui a fait confectionner les instrumens nécessaires, et il a non-seulement bien mérité de l'humanité souffrante, mais encore de l'art chirurgical, qu'il a enrichi d'une opération nouvelle. L'idée de cette opération lui est venue de la remarque qu'il a faite que les bords de la division anormale se rapprochaient après la déglutition.

Après nous être livré à toutes ces observations, qui ne paraîtront peut-être déjà que trop longues, il nous reste à décrire l'opération telle que nous l'avons vu pratiquer plusieurs fois à M. *Roux*, tant à la Charité qu'à l'Hôtel-Dieu. Bien qu'elle soit peu douloureuse, et ne compromette en rien la santé du patient, elle n'en nécessite pas moins quelques précautions et quelques réflexions ; ainsi l'on fera bien de la pratiquer de préférence pendant le printemps ou l'automne, ces deux saisons étant généralement plus propices aux opérations. On se gardera bien de la pratiquer sur de très-jeunes sujets : il est nécessaire que la personne à qui on la conseille soit d'un âge à bien sentir toute son utilité. Il faut en outre lui bien intimer la conviction que cette

opération est plutôt longue et gênante que douloureuse, et qu'elle ne menace en rien ni son existence, ni sa santé; mais sa réussite dépend surtout de sa docilité. L'opérateur lui-même ne doit pas ajouter trop d'importance à ce précepte, qui recommande d'opérer *tutò, citò et jucundè;* mais il doit plutôt se dire : *Sat jucundè si sat benè.*

On prépare ensuite dans un grand plat les pièces d'appareil ainsi qu'il suit : 1° une bonne paire de pinces à anneau, dont les mors, un peu concaves, ne doivent se toucher que par les extrémités lorsqu'elles sont fermées; 2° six aiguilles courbes, courtes, mais fortes, avec un grand chas carré; 3° trois ligatures formées chacune de quatre à cinq brins de fil ciré et destinés à recevoir une aiguille à chacune de leurs extrémités; 4° un porte-aiguille de huit pouces, présentant une sorte de pince, dont les branches fixent l'aiguille quand elles sont rapprochées, et l'abandonnent quand elles s'écartent, au moyen d'un anneau que l'on fait glisser sur la tige; 5° une paire de ciseaux droits, et une autre paire de ciseaux à longues branches, à lames courtes et à tranchans plats, et formant un coude un peu au-dessus de leur articulation avec les branches; 6° un bistouri droit boutonné, très-étroit; 7° plusieurs bouchons creusés de gouttières dans lesquelles doivent pénétrer les arcades dentaires; 8° une large spatule pour déprimer la langue; 9° plusieurs serviettes, une alèze, une cuvette, un verre d'eau froide, un flacon de vinaigre.

Tout étant ainsi disposé, on procède à l'opération, dans laquelle on peut considérer trois temps. Le malade est assis sur une chaise, la figure tournée au grand jour; un aide, placé derrière lui, lui soutient la tête, qu'il lui fait relever, tandis que l'opérateur, se mettant en face du malade, lui fait ouvrir la bouche et lui place un bouchon de liége de chaque côté entre les arcades dentaires; puis, saisissant le bord droit de la division avec les pinces tenues de la main gauche, il conduit dans le pharynx le porte aiguille, tenu de la main droite; puis, le ramenant en avant, il perce ce bord près de son extrémité inférieure, à trois ou quatre lignes en dehors, d'avant en arrière. Lorsque l'aiguille a pénétré dans le pharynx, il lui fait exécuter un léger mouvement, afin

d'en ramener la pointe à la même distance sur le bord gauche, qu'il perce d'arrière en avant, après avoir saisi et tendu ce bord avec la pince. Lorsque l'aiguille a pénétré dans la bouche, l'opérateur commande à l'aide d'ouvrir le porte-aiguille sans lui imprimer de secousses; le talon de l'aiguille se trouvant relâché, l'aide retire le porte-aiguille, et l'opérateur, saisissant la pointe de l'aiguille avec la pince, tire dessus jusqu'à ce qu'elle soit dégagée et amenée hors de la bouche avec l'extrémité de la ligature qu'elle entraîne; les deux bouts de celle-ci sont légèrement noués ensemble, ramenés vers l'une des commissures des lèvres, et confiés à l'aide; l'anse en est légèrement enfoncée dans le gosier, afin qu'elle ne gêne point l'application des deux autres ligatures. L'opérateur place ensuite la seconde et la troisième ligature, en procédant de la même manière, en observant les mêmes précautions, et en les plaçant à égale distance les unes des autres. Ici se termine le premier temps de l'opération.

L'opérateur saisit avec les pinces, tenues de la main gauche, l'un des bords de la division à son extrémité inférieure, le tend le plus qu'il peut; puis, avec les ciseaux coudés, tenus de la main droite, ou le bistouri boutonné dont le dos est tourné vers la base de la langue, il en retranche un lambeau d'une demi-ligne d'épaisseur. Il en fait autant sur l'autre bord, en ayant soin que les deux lambeaux se joignent à angle aigu à leurs extrémités supérieures, et le second temps de l'opération est terminé.

L'opérateur rapproche les bords de la division, en tirant avec une certaine force sur les extrémités de chaque ligature; il commence par celle du bas, et, après y avoir fait un nœud serré, il recommande à l'aide de la tenir de manière à ce qu'elle ne se relâche pas pendant qu'il nouera les deux autres. Il finit par la supérieure, coupe chaque chef des ligatures près des nœuds avec les ciseaux droits, et l'opération est terminée.

Le malade doit garder le silence et le repos, ne prendre que des alimens liquides, et éviter tout ce qui pourrait déterminer la toux, l'éternument, le vomissement. Si la consolidation a lieu, on peut au bout

de quatre jours enlever la ligature du milieu, puis deux jours après la ligature supérieure ; la ligature inférieure ne doit être retirée que lorsque l'agglutination paraît complète. Le malade ne passera que progressivement des alimens liquides aux solides.

Si l'opération réussit, il en résulte une facilité plus grande dans la déglutition, dans l'articulation des sons et l'exercice de la voix. Mais les organes vocaux n'acquièrent qu'au bout de quelques mois tout leur degré de perfection.

Il peut aussi arriver que l'opération ne réussisse pas complètement par la négligence du malade à suivre les avis qui lui ont été donnés. J'ai été à même d'observer tout récemment un cas de ce genre, où une seconde opération est devenue nécessaire, et a été pratiquée par M. *Roux*.

Une jeune fille ayant été opérée l'année dernière, au mois de juin, par M. *Roux*, à la Charité, la réunion ne s'opéra que pour le tiers supérieur de la division anormale ; la maladie persista dans les deux tiers inférieurs. Cette jeune fille s'est présentée cette année à l'Hôtel-Dieu, et M. *Roux* lui a fait subir une seconde fois l'opération, le 18 avril ; elle a été pratiquée suivant les règles ordinaires, si ce n'est qu'il n'a été nécessaire d'appliquer que deux ligatures. L'on peut voir d'après cet exemple combien il est important que le malade se soumette aveuglément, après l'opération, à tout ce qui lui est commandé par l'opérateur, s'il veut en retirer les avantages qui en résultent.

PROPOSITIONS.

I.

La distinction des luxations scapulo-humérales en inférieure, antérieure, supérieure et externe, ne donne pas une idée nette de la con-

figuration du rebord de la cavité glénoïde, car ce rebord est plutôt ovalaire que quadrilatère.

II.

Le râle sibilant, que l'on observe dans presque tous les cas d'entérite typhoïde, est presque toujours un symptôme de peu de valeur ; car à l'autopsie l'on ne trouve presque jamais de lésion qui soit en rapport avec lui.

III.

Les fièvres intermittentes qui ont résité à l'emploi de la salicine, même à fortes doses, cèdent, dans la plupart des cas, à une dose beaucoup moindre de sulfate de quinine.

IV.

Dans le cas de fièvre typhoïde, lorsqu'au bout de quelques jours les symptômes, qui s'étaient insensiblement amendés et semblaient promettre une prochaine convalescence, augmentent tout à coup d'intensité, et qu'il survient une douleur violente dans les parois de l'abdomen, on peut diagnostiquer presque à coup sûr une perforation de l'intestin ou une gangrène de l'appendice ileo-cœcale, et l'administration de l'opium à hautes doses produit parfois une amélioration miraculeuse.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad summos morbos, summæ ad unguem curationes adhibitæ optimè valent. (Sect. 1, aph. 6.)

II.

Ubi somnus delirium sedaverit, bonum. (Sect. 2, aph. 2.)

III.

Capite dolenti, ac vehementer laboranti, pus, aut aqua, aut sanguis per nares, vel os, vel aures effluens, morbum solvit. (Sect. 6, aph. 10.)

IV.

Ab anginâ detento si tumor in collo oriatur, bonum : foras enim morbus vertitur. (Sect. 6, aph. 37.)

V.

In acutis morbis extremorum refrigeratio, malum. (Sect. 7, aph. 1.)

VI.

Mulieri uterum gerenti vena secta abortionem facit, idque potissimùm si fœtus grandior fuerit. (Sect. 5, aph. 31.)